

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean KERVERN

Né le 7 janvier, 1913 à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 3. FEV. 1943 19 ..

DE QUELQUES ANÉMIES.
APERÇUS
SUR LA PATHOLOGIE
DES PRISONNIERS DE GUERRE

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **KERVERN.**

Prénom : **Jean.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

KERVERN (Jean). — De quelques anémies. Aperçus sur la pathologie des Prisonniers de Guerre. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KERVERN (Jean). — De quelques anémies. Aperçus sur la pathologie des Prisonniers de Guerre. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KERVERN (Jean). — De quelques anémies. Aperçus sur la pathologie des Prisonniers de Guerre. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KERVERN (Jean). — De quelques anémies. Aperçus sur la pathologie des Prisonniers de Guerre. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean KERVERN

Né le 7 janvier 1913, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

DE QUELQUES ANÉMIES.

APERÇUS

SUR LA PATHOLOGIE

DES PRISONNIERS DE GUERRE

Président : M. TANON. Professeur.

P A R I S

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	
Clinique des maladies des enfants	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Cliniques des maladies infectieuses	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophtalmologie.	
DESOILLE	Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
Il... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs sans aucun jugement de l'assemblée et approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de profonde
affection et de très grande re-
connaissance.*

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

AUX PRISONNIERS DE GUERRE
NOS ANCIENS CAMARADES DE CAPTIVITE

A MA FEMME

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris
Directeur des Services Sanitaires de Défense Passive
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale
et à l'Institut Supérieur d'Hygiène
Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général
des Services Techniques d'Hygiène à la Préfecture de Police
Vice-Président du Comité Consultatif d'Hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il agrée nos remerciements
et l'expression de notre grati-
tude.*

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nous nous sommes intéressé dans cette étude à plusieurs cas d'anémies qu'il nous a été donné d'observer pendant notre vie de prisonnier, ainsi qu'à la pathologie du prisonnier de guerre. Nous étions dans une infirmerie, où avec trois autres confrères, nous avons passé 8 mois de notre captivité en Allemagne, parmi les 26 mois que celle-ci devait durer. Les 18 autres nous étions médecin dans différents Arbeits-Kommandos. Nous sommes resté en particulier 12 mois et demi dans un camp du Holstein, dont dépendaient environ 2.500 hommes. Nous tâcherons à la fin de cette étude de donner un aperçu suffisant de notre vie médicale dans ce camp.

Dans notre infirmerie de Moravie, située à une centaine de kilomètres au Nord-Ouest de Vienne, le champ d'études était assez vaste : grande baraque en sapin contenant environ 80 lits qui la plupart du temps étaient tous occupés, notre « Revier-Baracke » abritait les malades venus des différents Kommandos situés dans un rayon d'environ trente kilomètres ; il nous est difficile de préciser le nombre de prisonniers qui relevaient de nous étant donné que certains de ces Kommandos contenaient jusqu'à six ou sept cents hommes

et d'autres seulement quinze ou vingt. Quoiqu'il en soit, il s'agissait certainement de plusieurs milliers d'hommes, ce qui explique que les 80 lits pouvaient durant l'automne et l'hiver 1940-41, à peine suffire. Nous étions alors obligés de faire des « sortants » pour pouvoir hospitaliser les nouveaux malades. Ceci ne nous a pas permis de les suivre avec toute l'attention que nous aurions voulu leur porter. Le paisible champ d'étude que l'on trouve dans un hôpital civil ne peut malheureusement se réaliser que très approximativement dans une infirmerie de prisonniers de guerre; disons également que le matériel de laboratoire que beaucoup d'infirmeries auraient cependant envié, n'était néanmoins que juste suffisant, et pour les anémies qui nous intéressent, certaines données importantes, telle que le taux d'hémoglobine par exemple, ne pouvaient être connu qu'approximativement par la méthode si imprécise des comparaisons avec l'échelle colorée, certaines autres épreuves telle que celle de la bilirubinémie indirecte ou le myélogramme nous étaient impossibles à réaliser; qu'il nous soit également permis de dire que le dénuement complet de documentation bibliographique dans lequel nous nous trouvions n'a pas peu contribué à rendre la tâche parfois difficile. Il nous a cependant semblé que nous possédions des données suffisantes pour présenter cette étude avec quelque intérêt.

Le nombre impressionnant d'anémies que nous

avons observé pendant ces 8 mois, et particulièrement dans les 6 premiers, nous a permis de les classer et d'en étudier les causes; la thérapeutique que nous avons appliquée nous a donné certains résultats satisfaisants, nous n'avons souvent pas pu la poursuivre aussi longtemps que nous le désirions pour les raisons que nous avons déjà indiquées.

S'il nous a été possible de réunir plusieurs observations pour les anémies, il n'en est pas de même pour les autres cas pathologiques dont nous allons parler. Nous ne pourrions citer d'observations précises quand nous parlerons des maladies de la peau par exemple ou des affections pulmonaires, nous avons quitté notre infirmerie de Moravie au moment où nous écrivions cette étude, et nous étions dans l'impossibilité absolue de retrouver les dossiers de tous ces malades que nous n'avions pu transcrire lors de notre départ précipité.

Disons de suite, que si nous sommes amené, au cours de l'étude des causes des anémies en particulier, à les imputer à un certain degré de carence alimentaire, il n'est pas du tout dans notre intention de faire une critique de ce régime, nous voulons rester ici dans un cadre strictement médical, ces anémies par carence ferrique chez des sujets déjà fatigués par les hasards de la guerre nous ayant simplement paru intéressantes à approfondir étant donné la fréquence des cas que nous avons vu au début de notre captivité.

CLASSIFICATION DES ANEMIES

Afin de pouvoir classer les cas que nous étudions dans le cadre des anémies, nous nous proposons d'exposer rapidement leur classification. Nous diviserons, suivant la méthode du professeur TZANCK les anémies en deux grands groupes :

- A) Anémies simples.
- B) Anémies hémolytiques.

Chacun de ces groupes se divisera en trois sous-groupes, pour les anémies simples nous aurons successivement :

- a) Les anémies simples hypochromes.
- b) Les anémies simples hyperchromes.
- d) Les anémies aplastiques.

Les anémies hémolytiques se diviseront en :

- a) Anémies hémolytiques simples.
- b) Anémies érythroblastiques.
- c) Anémies mégaloblastiques.

Le diagnostic différentiel entre anémie simple et anémie hémolytique sera basé sur :

1) Epreuve de la bilirubinémie indirecte, la destruction des globules rouges existant dans les anémies hémolytiques va nous donner dans ce cas une réaction positive, il s'agit en effet d'une véritable destruction in vivo des globules rouges dont le produit de désintégration donnera la bilirubine, fait qui ne se produira pas dans les anémies simples, comme dans l'anémie post-hémorragique par exemple ou il s'agit seulement d'une perte de substance, l'abaissement du nombre de globules rouges étant due uniquement à l'hémorragie

2) La réticulocytose.

3) L'effet de la thérapeutique, l'administration de fer étant suffisante dans les anémies simples, la méthode de Wipplle étant particulièrement indiquée dans l'anémie de Biermer entre autre, qui est une anémie hémolytique mégaloblastique.

4) Sur l'aspect clinique. Chaque anémie possède, en dehors des signes hématologiques, des signes cliniques propres, et la clinique seule peut suffire à faire un diagnostic différentiel entre une anémie hypochrome simple par exemple et une anémie de Biermer; le diagnostic d'anémie étant évidemment posé, car l'on sait que souvent l'anémie est méconnue chez ces malades présentant des signes digestifs et nerveux divers et que l'anémie de Biermer à forme gastrique offre le tableau clinique du cancer de l'estomac et que même l'examen

radiologique peut mettre en évidence des images pseudo-lacunaires.

5) Sur l'évolution clinique.

Chacun des trois sous-groupes envisagés se divisera respectivement en trois catégories bien distinctes, les anémies d'origine :

- a) toxique
- b) dystrophique
- c) réactionnelle.

Cette classification basée sur l'étiologie des anémies nous fera envisager dans le groupe : a) les anémies dûes à un agent extérieur de quelque nature qu'il soit, chimique, physique, telle l'anémie post-hémorragique par section d'une artère suivie d'une forte perte sanguine. Dans le groupe b) entreront les anémies dûes à une modification tissulaire ou cellulaire, telle la chlorose. Le groupe c) enfin comprendra les anémies dûes à une prédisposition de terrain, mais déclenchées par une substance anodine et qui ne serait jamais apparues sans l'apport de cette substance, c'est dans cette catégorie que nous pourrions classer l'anémie de Biermer quoiqu'il soit également possible de la ranger dans le cadre des anémies dystrophiques.

OBSERVATIONS

Parmi les observations d'anémies que nous avons prises, cinq d'entre elles nous ont semblé plus particulièrement intéressantes. Tous à l'exception d'un seul, le cas n° 7, sont entrés à l'infirmerie avec le diagnostic de gastro-entérite : épreintes fréquentes, de 6 à 8 selles, et même 15 par jour selles diarrhéiques extrêmement liquides, vomissements, asthénie, amaigrissement. Nous avons été frappé par la décoloration des muqueuses que présentaient ces malades, paupières, gencives extrêmement pâles nous ont incité à faire un examen hématologique. Tous les examens que nous avons pratiqué nous ont révélé l'existence de microcytose.

CAS N° 2.

Théophile M... Entre à l'infirmerie le 28-8-40 pour diarrhée persistante depuis une semaine, asthénie marquée, vomissements, décoloration des muqueuses, gros amaigrissement vertige, céphalée, bruits du cœur très

sourds et rapides. L'hémogramme pratiqué le lendemain donne les résultats suivants :

Globules rouges : 2.980.000.

Leucocytes : 5.000.

Hémoglobine : 55 %.

Val. Glob. : 0,94.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 66 %.

Poly. éosino. : 1 %.

Monocytes : 5 %.

Lymphocytes : 23 %.

Myélocytes : 5 %.

Le traitement institué sous forme d'une spécialité contenant fer + arsenic par voie parentérale, associé au traitement ferrique per os donna l'amélioration suivante le 13-9-40 :

Globules rouges : 3,740.000.

Leucocytes : 5.200.

Hémoglobine : 70 %.

Val. globulaire : 0,94.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 69 %.

Poly. éosino. : 2 %.

Monocytes : 3 %.

Lymphocytes : 25 %.

Le malade se sentait mieux, reprenait des forces, la disparition des myélocytes du leucogramme était un bon indice, cependant la céphalée persistait et les vertiges également quoique moins accentués qu'au début. Il fit un jour une défaillance cardiaque brutale, avec chute de

la tension artérielle à 10-8 1/2, tachyarythmie, polypnée, angoisse. L'injection intra-veineuse de strophantine et de sérum glucosé firent cesser momentanément cet état de collapsus. Il fut évacué sur l'hôpital de Vienne, et renvoyé quelque temps après dans son kommando considéré comme guéri. Cependant le 8-12-40 il revient à l'infirmerie, après deux mois d'amélioration passagère les vertiges reprenaient de même que la céphalée, asthénie très grande, la diarrhée a pour ainsi dire disparu, le malade a cependant encore tendance certains jours à en avoir, quelques nausées. Son hémogramme fait le jour même était alors le suivant :

Globules rouges : 3.400.000.

Leucocytes : 6.400.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 58 %.

Poly. éosino. : 1 %.

Poly. baso. : 1 %.

Lymphocytes : 29 %.

Monocytes : 11 %.

A été rapatrié comme Flamand à quelque temps de là.

CAS N° 6.

Ernest A... — Vient plusieurs jours de suite à la visite pour gastro-entérite dont l'intensité augmente pour aboutir à quinze selles par jour malgré l'administration de tanin et de charbon, asthénie très poussée, légers oedèmes palpébraux, pâleur, vertiges, vomissements entre à

l'infirmierie le 20-8-40. L'hémogramme fait le jour même est de :

Globules rouges : 3.520.000.

Globules blancs : 7.000.

Hémoglobine : 60 %.

Valeur globulaire : 0,85.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 61 %.

Poly. éosino. : 1 %.

Monocytes : 6 %.

Lymphocytes : 29 %.

Myélocytes : 3 %.

Reçoit également le traitement à base de fer, arsenic, amélioration légère des signes fonctionnels, la diarrhée persiste toujours, parfois hémorragique, le malade est évacué sur Vienne.

CAS N° 7.

Emile A... — Entre à l'infirmierie le 15-10-40 avec le diagnostic d'asthénie. Depuis une dizaine de jours, vertiges, tremblements des jambes, troubles visuels, céphalée. La numération globulaire faite ce jour est de :

Globules rouges : 3.600.000.

Leucocytes : 7.500.

Hémoglobine : 60 %.

Valeur globulaire : 0,83.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 65 %.

Poly. éosino. : 1 %.

Monocytes : 5 %.

Lymphocytes : 26 %.

Myélocytes : 3 %.

Les symptômes s'amendent en trois semaines sous l'influence du traitement et du repos au lit, mais l'hémogramme est peu changé :

Globules rouges : 3.700.000.

Leucocytes : 8.750.

Val. glob. : 0,80.

Hémoglobine : 60 %.

Leucogramme :

Poly. neutro. 74 %.

Poly. neutro. : 2 %.

Monocytes : 6 %.

Lymphocytes : 17 %.

Myélocytes : 1 %.

Le malade doit sortir quelque temps après, mais revient à l'infirmerie le 25-11-40 avec le même tableau clinique qu'auparavant : asthénie, pâleur, décoloration très poussée des muqueuses, bruits du cœur assourdis, avec dédoublement du premier bruit : l'hémogramme donne alors :

Globules rouges : 3.880.000.

Leucocytes : 4.500.

Hémoglobine : 65 %.

Valeur globulaire : 0,85.

Leucogramme :

Poly. neutro. : 40 %.

Poly. éosino. : 2 %.

Monocytes : 10 %.

Lymphocytes : 48 %.

Le malade reste au lit, et le même traitement que précédemment est de nouveau institué. Le 14-12-40 le malade sort guéri avec la numération globulaire suivante :

Globules rouges : 4.680.000.

Globules blancs : 10.500.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 58 %.

Poly. éosino. : 9 %.

Poly. baso. : 2 %.

Lymphocytes : 22 %.

Monocytes : 9 %.

La présence de 9 % d'éosinophiles est un bon indice.

CAS N° 12.

Léon C... entre à l'infirmerie le 6-10-40 pour gastro-entérite aiguë, 8 à 10 selles diarrhéiques par jour, état sub-fébrile, asthénie, vertiges; nous trouvons le résultat suivant :

Globules rouges : 3.760.000.

Globules blancs : 7.000.

Hémoglobine : 50 %.

Valeur globulaire : 0,67.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 71 %.

Poly. baso. : 1 %.

Monocytes : 2 %.

Lymphocytes : 26 %.

Le traitement est : charbon, uroformine, fer, arse-

nic. 11 jours après le malade quitte l'infirmierie avec la formule suivante :

Globules rouges : 4.280.000.

Globules blancs : 11.000.

Hémoglobine : 65 %.

Valeur globulaire : 0,78.

Leucogramme :

Poly. neutro. : 54 %.

Poly. éosino. : 11 %.

Monocytes : 2 %.

Lymphocytes : 33 %.

CAS N° 5.

Emile N... Entre à l'infirmierie le 29-8-40 pour troubles gastro-intestinaux : diarrhée, vomissements, grande asthénie, vertiges, céphalée. L'examen hémato'logique donne :

Globules rouges : 2.520.000.

Globules blancs : 6.800.

Hémoglobine : 50 %.

Val. glob. : 1.

Formule blanche :

Poly. neutro. : 40 %.

Poly. éosino. : 1 %.

Monocytes : 16 %.

Lymphocytes : 38 %.

Métamyélocytes : 2 %.

Myélocytes : 3 %.

Après le traitement habituel l'hémogramme donne le
3-9-40 :

Globules rouges : 3.380.000.

Leucocytes : 7.400.

Hémoglobine : 60 %.

Val. glob. : 0,90.

Leucogramme :

Poly. neutro. : 58 %.

Poly. éosino. : 2 %.

Monocytes : 8 %.

Lymphocytes : 36 %.

Myélocytes : 1 %.

Tous les symptômes sont amendés, le malade doit sortir quelques jours après.

*
**

Dans quelle catégorie allons-nous pouvoir classer ces anémies ? Nous avons déjà mentionner que l'examen microscopique nous avait révéler l'existence de microcytes; malgré l'absence d'examen de la bilirubinémie indirecte que nous ne pouvions faire, il semble que nous puissions cependant dire qu'il s'agit d'anémies simples. En effet l'influence heureuse et rapide du traitement ferrique nous donne déjà une bonne indication, à l'exception en effet du cas n° 2 qui subit à Vienne un traitement suivant la méthode de Whipple sous forme d'extrait hépatique administré par voie parentérale, tous les autres malades ont subi exclusi-

vement le traitement fer + arsenic. D'autre part, il ne peut s'agir ici d'anémie macrocytaire, l'examen microscopique et la valeur globulaire inférieure à l'unité prouvant le contraire, les anémies aplastiques doivent être également éliminées étant donné l'évolution et le résultat du traitement. Il s'agit donc d'anémies simples, par carence, hypochromes, dûes à deux facteurs parallèles :

a) Défaut d'assimilation que la diarrhée et les vomissements rendent déficiente.

b) Carence ferrique, le régime alimentaire étant insuffisant au point de vue apport en fer à l'organisme, Nous voulons maintenant approfondir ces causes.

*
**

CAUSES

Les causes qui ont provoqué ces anémies sont multiples mais pour ainsi dire semblables pour tous les cas que nous avons vus et leur identité clinique et surtout étiologique nous a frappé. Ces causes sont de quatre ordres :

I) Fatigue des prisonniers à leur arrivée en captivité.

II) Adaptation au régime.

III) Défaut d'assimilation.

IV) Carence ferrique.

Qu'il nous soit toute d'abord permis de dire dans quelles mauvaises conditions physiques ces hommes sont non seulement arrivés en captivité, mais ont été faits prisonniers. Cette guerre de mouvements que nous avons faite nécessitait des déplacements continuels qui devaient éprouver tous les combattants, et plus encore que les autres armes, l'infanterie. Les jours qui précédèrent notre prise furent particulièrement fatigants tant au point de vue physique que moral : marches de nuit, établissement de position de combat de jour, changement de position perpétuel, le fantasin, — nous le connaissons mieux ayant été personnellement dans un régiment d'infanterie, — peinait la nuit sous le sac en marches forcées, maniait la pelle et la pioche le jour dans quelque bois où il s'installait en « point d'appui fermé », le ravitaillement se faisait irrégulier, le sommeil n'avait plus sa place dans la journée du combattant ; attaques des avions, rafales des balles de mitraillettes venues d'on ne sait où, attaque enfin des chars surprenant notre colonne à la sortie d'un bois, où depuis la veille nous nous sentions cernés, épiés, sans voir l'ennemi, atmosphère d'angoisse, d'attente interminable sous le vrombissement incessant des moteurs d'avions, surexcitation momentanée du combat. Tous ont connu à quelques variantes près ces heures pénibles que nous avons vécues, le combattant était déjà dans un état d'extrême fatigue lorsqu'il fut fait prisonnier.

Ce furent alors les longues marches sans fin, sans abri, sans nourriture, le grand nombre soudain de prisonniers rendant leur ravitaillement impossible, étapes de 35 ou 40 kilomètres, avec comme alimentation, les jours heureux, un pain pour dix ou douze et un morceau de fromage; journées extrêmement fatigantes physiquement, sans parler du souci moral ! Froid des nuits en plein champ, chaleur des jours de juin, routes pleines de poussière, que soulevaient les colonnes quasi ininterrompues des éléments motorisés allemands, embarquement en train à la frontière belge pour l'Allemagne. C'est après ces pénibles épreuves que la majorité des prisonniers arriva à destination.

Nous vîmes pendant ces jours avec stupéfaction jusqu'où pouvait aller la résistance humaine, nous en avons vu tomber brusquement sur la route sans connaissance dans une sorte de demi coma, totalement épuisés, nous en avons vu se diriger en titubant vers les fossés pour s'asseoir et s'écroulant d'une seule masse avec des tremblements convulsifs des jambes, mais ces cas étaient cependant rares et la grande majorité est arrivée à destination après avoir fourni des efforts que nous ne pensions pas qu'elle puisse fournir. Tous ces hommes qui un mois auparavant, du temps de la « petite guerre », venaient à l'infirmerie la veille d'une marche avec des pieds plats, (que de pieds plats n'avons-nous pas vu chez le fantassin !) des rhumatismes, des arthrites, d'anciennes fractures de jambe,

sous prétexte qu'il leur était impossible de faire 10 kilomètres à la file, ont accompli leur 40 kilomètres par jour pendant 6 ou 8 jours, au prix souvent de quels efforts ! Souvenirs ineffaçables que ces journées de marche, ces départs à 3 heures du matin les membres engourdis par le froid, l'aube naissante nous surprenant sur la route et le jour nous donnant alors l'explication de ces odeurs pestilentielles qui nous coupaient parfois le souffle : cadavres de bestiaux tout gonflés par les gaz de la putréfaction, les membres raides, le ventre énorme, cadavres aussi parfois de nos camarades morts pour la France, certains montrant au grand jour leurs blessures affreuses, d'autres semblant dormir paisiblement dans les champs.

Ce fut enfin l'arrivée dans les camps, ou après un court séjour les prisonniers furent dirigés sur différents kommandos ou les attendaient des travaux de toute sorte, et le combattant d'hier dut se transformer en agriculteur, ouvrier d'usine, carrier, docker, etc... tous travaux manuels assez durs et auxquels devait s'adapter le nouveau travailleur. L'arrivée massive de milliers de prisonniers ne permettait pas alors une nourriture suffisante, la ration alimentaire ne montait certains jours qu'à 1.200 calories, chiffre notoirement insuffisant pour des hommes ayant déjà à récupérer les fatigues passées auxquelles s'ajoutaient les journées de labeur bien remplies du lever au coucher du soleil.

Il fallut également que tous ces hommes s'adap-

tent au plat unique, genre de repas auquel ils n'étaient pas habitués : soupe le midi et parfois le soir, constituée soit de pommes de terre, soit de carottes, soit de rutabagas, parfois mélangés à de l'orge, régime toujours identique qui pouvait être insuffisant non seulement au point de vue calorique, mais également au point de vue volume; disons également que les pommes de terre ne devaient pas être épluchées pour la soupe. Il est évident que les gastro-entérites déclenchées par ce régime allaient entraîner un état de désassimilation assez marqué : diarrhée et vomissements substituaient une certaine partie de nourriture à l'organisme et supprimaient encore un élément rare et indispensable : le fer. Ce régime extrêmement pauvre en viande et en légumes allait obliger l'organisme à vivre sur ses réserves ferriques déjà bien diminuées.

Il y eut anémie parce que : apport en fer insuffisant, étant donné la carence qualitative et quantitative de l'alimentation; il y eut anémie parce que défaut d'assimilation de l'organisme qui par les diarrhées et les vomissements éliminait encore un nombre important de calories de la ration journalière; il y eut troubles gastro-intestinaux parce que intolérance de l'organisme pour ce régime trop uniforme auquel il n'était pas habitué, il est évident qu'il fallut un certain temps pour qu'il puisse s'adapter à cette formule nouvelle d'alimentation témoin le nombre important de diarrhées avec vomissements et température que nous

voyions chaque jour lors de la visite matinale des consultants venus des kommandos, sur une moyenne de 100 à 120 consultants, il n'était pas rare de trouver 60 à 70 gastro-entérites, dont certaines affectaient un véritable aspect dysentérique, quelques malades accusant 20 à 25 selles par jour. Disons également que l'hiver très rude que nous avons subi n'a pas peu contribué par le froid à exagérer cette tendance diarrhéique, de même qu'il a gelé des stocks importants de pommes de terre et de rutabagas qui constituaient l'alimentation de base des prisonniers. Et nous avons enfin comme cause d'anémie le magnifique terrain que présentaient tous ces hommes arrivant à bout de forces à destination après les dures fatigues dont nous avons déjà parlé.

Quoiqu'il en soit nous avons vu le nombre d'anémies régresser par la suite pour disparaître peu à peu et ceci pour trois raisons :

La première est l'adaptation au régime nouveau dont nous parlions précédemment.

La seconde, et pas la moins importante est l'arrivée des colis que les prisonniers recevaient de leurs familles ainsi que les colis Pétain, leur apportant un complément souvent judicieux en viande, fruits, chocolat, etc...

La troisième raison en est enfin l'amélioration sensible du régime par la suite, quand l'organisation du ravitaillement des camps fut complétée. Nous disions

précédemment que la ration alimentaire journalière atteignait dans les débuts à peine 1.200 calories, nous avons converti en calories, une ration journalière servie au mois de décembre 1940, elle est équilibrée d'une façon rationnelle et suffisante :

Aliments	Quantités	Calories
Viande	75 gr.	150
Légumes	300 gr.	90
Pommes de terre	650 gr.	585
Sel	20 gr.	
Graisse	10 gr.	85
Fromage blanc	50 gr.	50
Confitures	50 gr.	150
Café	15 gr.	
Sucre	30 gr.	120
Pain	322 gr.	897
Total		2.127

*
**

Nous ne voulons pas prétendre que toutes ces causes que nous venons d'exposer n'ont provoqué que des anémies, chaque organisme ayant sa façon propre de réagir; certains, parmi les quelques deux mille malades qui ont été hospitalisés à notre infirmerie du 1^{er} juillet au 1^{er} mars, ont réagi de cette façon cependant

nous voulons encore citer d'autres cas pathologiques qui ne sont pas étrangers à ces mêmes causes.

La place d'honneur en revient aux maladies de peau. Aux causes que nous avons déjà citées s'en ajoute une autre dans ce cas : le manque d'hygiène provoqué par la pénurie de savon et l'impossibilité de ce fait non seulement de se laver, mais encore de laver son linge, a contribué à l'essor de toute une floraison de dermatoses : impétigos, echtyma, dont certains généralisés à tout le corps, quasi rebelles à toute thérapeutique. Nous avons employé des pansements humides à base d'un colorant dérivé de l'acridine, qui nous a cependant donné certains résultats intéressants, les pansements aux sulfamides colorés, réduits en poudre, les pommades à l'ichthyol, au goudron, à l'oxyde jaune de mercure et même les attouchements à la fuchsine dans certains cas, ainsi que l'administration per os de sulfamides formaient notre arsenal thérapeutique; eczémas contre lesquels nous n'avions que peu de moyens, nous avons cependant eu de bons résultats en employant des pansements humides changés fréquemment pour éviter la macération et suivies de l'application d'une pommade à base de tumenol, ce traitement local était complété par l'injection intraveineuse d'un gramme d'hyposulfite de soude tous les deux jours jusqu'à concurrence de 8 grammes; furonculoses où les pulvérisations à l'acridine avec l'appareil de

Lucas-Championnière nous a donné de bons résultats. Détail qui nous a frappé : tous ces pansements humides et ces pulvérisations ont étonné nos confrères allemands qui n'employaient exclusivement que des pomades, qu'il s'agisse de dermatoses, de plaies, de panaris. Nos dérivés chlorés, genre Dakin, qui nous sont si précieux en France ne sont, aux dires de nos confrères allemands, plus employés chez eux, et sont considérés comme désuets. Très en honneur pendant la guerre 1914-1918, ils ont paraît-il disparu de leur thérapeutique. Nous ne citerons que pour mémoire les intertrigos, érythrasmas, trichophytoses, et surtout gales nombreuses pour lesquelles nous avons une solution huileuse de polysulfures qui nous a donné de très bons et rapides résultats, le traitement consistait en application de ce produit matin et soir sur tout le corps, trois jours de traitement suffisaient dans la grande majorité des cas à faire disparaître toute trace de sarcop-tose. L'infirmierie était transformée à certains moments en véritable service de dermatologie.

Les travaux manuels de toute sorte, ceux des carriers en particulier, faisaient facilement une porte d'entrée à tous les microbes, entre autre au staphylo-coque, ce qui explique les nombreux panaris que nous avons opérés, dans les débuts principalement. Les malades venaient nous voir souvent trop tard, ce qui permit à beaucoup de panaris de dégénérer en phlegmons

des mains ou des avant-bras. Nous avons aussi opéré un hygroma suppuré du genou, de même qu'une pyoarthrose du genou qui a parfaitement guéri sous l'influence de l'irrigation continue à l'aide d'une solution dérivée de l'acidrine. Gros anthrax de la nuque et du dos ou les pulvérisations et les pansements humides à l'acridine nous étaient encore d'un précieux secours. Nous avons certains jours de véritables séances opératoires, les anesthésies générales étaient faites au chlorure d'éthyle, les compresses, coton, gants, etc... stérilisés nous étaient fournis par un hôpital civil où étaient d'ailleurs opérées toutes les urgences de notre infirmerie : appendicites, hernies étranglées, volvulus, fractures, etc..., les plâtres étaient faits suivant la méthode de Boelher : plâtres circulaires entourant complètement le membre fracturé et mobilisation rapide, le plâtre pour une jambe par exemple, avec son talon faisant en même temps appareil de marche, permettant le lever précoce du malade, cette méthode que nous avons déjà pratiquée en France nous a toujours donné d'excellents résultats et parmi les nombreux plâtres circulaires que nous avons eu l'occasion de faire, nous n'avons jamais observé le moindre accident qu'on leur attribue et en particulier les paralysies de Volkmann.

Une place à part doit être réservée aux maladies nerveuses survenus pendant la captivité. Nous man-

quons malheureusement de précision à ce sujet. Disons de suite qu'il s'agissait de troubles nerveux par carence vitaminique. Un confrère d'un camp voisin nous a signalé cinq cas de polynévrite qui ont été évacués sur l'hôpital de Vienne. Il nous a été donné d'observer également certains troubles du même genre, nous ne pouvons malheureusement pas en citer d'observation, ces malades venant nous trouver le matin à la consultation et se plaignant de troubles divers des membres : fourmillement des extrémités, troubles de la sensibilité superficielle, diminution de la force musculaire, troubles des réflexes. A ces malades nous avons administré une spécialité injectable contenant de la vitamine B1, qui a suffi à faire disparaître tous ces troubles pris à leur origine. Personnellement, il ne nous a pas été donné d'observer de troubles graves de ce côté. Signalons de plus un cas intéressant, mais pour lequel il nous a été impossible de déceler la cause de son affection, il s'agit vraisemblablement d'un héli-parkinson de toute la partie droite du corps : de ce côté en effet se trouvaient tous les signes objectifs que l'on rencontre dans la maladie de Parkinson : attitude figée, fixité du regard, catatonie, phénomène de la roue dentée, façon de parler particulière, troubles des réflexes, main du parkinsonnien avec des trémulations caractéristiques. Il nous était impossible de découvrir aucune trace de maladie infectieuse dans les antécédents

éloignés ou proches de ce malade. Il a été évacué sur Vienne et nous l'avons de ce fait perdu de vue. Citons pour mémoire les quelques crises comitiales que nous avons vues : quatre cas typiques, et qui ont également été évacués sur l'hôpital de Vienne.

Au sujet de la pathologie pulmonaire, il convient de parler tout d'abord des cas fréquents de tuberculose survenus pendant les premiers mois de la captivité, ces malades ne séjournaient guère à l'infirmerie, les convois de grands malades étaient formés à peu près toutes les semaines, et nous les dirigions sur Vienne où existait un service important de tuberculeux. La vie à l'hôpital était supérieure au point de vue confort et alimentation à celle de notre infirmerie, ou la suralimentation était impraticable; nous touchions en effet notre nourriture d'un camp de prisonniers voisin et ces malades ne pouvaient avoir que leur ration journalière comme tous les autres.

Il s'agissait soit de réveil de lésions tuberculeuses latentes, soit beaucoup plus souvent d'éclosions nouvelles survenus à la suite de grandes fatigues et de la misère physiologique des hommes. L'aspect, l'examen clinique et l'anamnèse de ces malades étaient déjà suffisants pour établir le diagnostic, cependant nous pratiquions à tous un examen bactériologique. Nous possédions une centrifugeuse, mais nous devons dire que tous les « Ziehl » que nous avons

faits chez ces tuberculeux confirmés par la suite ne nous donnaient pas une réponse positive, fréquemment nous ne trouvions pas de B. K. et ce n'était qu'au bout du deuxième ou troisième examen qu'il était possible d'en voir. Cependant, même en cas de réponse de laboratoire négative, nous adressions ces malades à l'hôpital civil proche dont nous avons déjà parlé, ou l'examen radiologique confirmait la plupart du temps ce que la clinique et les antécédents nous avaient déjà fait soupçonner.

Les pleurésies furent également nombreuses, toutes séro-fibrineuses à liquide de ponction citrin, il s'agissait la plupart du temps d'épanchements moyens, sans gêne respiratoire importante, à l'exception d'un seul cas auquel nous avons dû faire trois ponctions évacuatrices avant de le diriger sur Vienne.

Rares furent les pneumonies, nous ne signalerons que deux cas graves et un cas de broncho-pneumonie, qui ont d'ailleurs rapidement guéri sous l'influence du traitement sulfamidé associé au traitement classique. Citons simplement les bronchites nombreuses et les gripes banales que les rigueurs de la température de l'hiver suffirent à expliquer. Nos confrères allemands s'étonnaient d'ailleurs de nous voir prescrire des ventouses ou des enveloppements révulsifs dans toutes ces affections pulmonaires; les ventouses sont pourtant très en honneur dans notre service de santé militaire, cette thérapeutique n'existe plus outre-Rhin,

considérée comme trop ancienne; nous avons vu quelquefois faire des enveloppements humides froids du thorax dans des affections pulmonaires avec grosse température, l'administration de quinine et de comprimés pectoraux complétait ces enveloppements.

Les affections des voies aériennes supérieures furent nombreuses, et nous avons soigné d'innombrables angines érythémateuses ou plus souvent érythématopultacées avec grosse ascension thermique fugace à évolution rapide en 2 ou 3 jours, plusieurs phlegmons de l'amygdale dont l'incision à maturité amenait une guérison rapide. A tous ces malades nous faisions, en plus du traitement classique des angines, des injections intramusculaires de prontosil correspondant de notre rubiazol, nous ne possédions pas de correspondant de notre « propidon » pour les phlegmons de l'amygdale .

Disons, puisque nous parlons de la bouche, un mot de l'état dentaire des soldats prisonniers, qui était véritablement lamentable, et ici nous ne pouvons pas imputer entièrement cet état à la captivité : il nous avait été donné de voir les dentures des soldats de notre bataillon pendant la guerre, et nous avons toujours été stupéfait du manque total d'hygiène de la bouche de ces hommes. A la visite d'incorporation que nous avons faite au début de la guerre, il nous a été diffi-

cile, de trouver, parmi les quelques 700 ou 800 hommes que nous avons visités, des coefficients de mastication supérieurs à 60, et nombreux étaient les coefficients à 0.

Inutile de dire que les gastralgies et les troubles divers de la digestion étaient nombreux. Nous avons retrouvé ces mêmes types de bouche pendant notre captivité, que de « chicots » n'avons-nous pas vu enlevé, source d'abcès à répétition dont se plaignaient les intéressés. Notre matériel de dentisterie était précaire et le dentiste de notre infirmerie a souvent accompli de véritables prouesses pour extraire des racines sans le moindre élévateur, avec des instruments de fortune, la série classique des 6 daviers constituant tout notre matériel de dentisterie. Très nombreuses furent également les stomatites et gingivites, dûes vraisemblablement à une carence vitaminique, ces affections de la bouche coïncidaient d'ailleurs souvent avec des *ecthymas* ou des *impétigos* de la peau, et l'un et l'autre étaient aussi difficiles à faire disparaître; en plus du traitement local de la bouche, constitué de collutoires au novarsénobenzol ou au bleu de méthylène, de bains de bouche fréquents au salicylate de soude, nous donnions à ces malades per os de la levure de bière et des vitamines C, auxquels nous ajoutions des injections intramusculaires de vitamines B1. Les résultats de ce traitement étaient essentiellement variables.

Disons cependant la grosse amélioration survenue chez tous les « tousseurs », vieux fumeurs, vieux bronchiteux chroniques, sous l'influence du climat. Nous étions en effet sur un haut plateau, en pleine campagne, à 700 mètres d'altitude et d'une façon générale ce climat salubre pour les poumons a nettement amélioré ces tousseurs et cracheurs chroniques.

Et puisque nous en sommes aux bienfaits de la captivité pour certains, nous n'hésitons pas à dire que plusieurs éthyliques invétérés que nous avons vus atteints d'affections diverses, devront à la captivité une prolongation de leur vie de plusieurs années : le régime obligatoirement hydrique et la suppression complète et prolongée de l'alcool a été d'une influence on ne peut plus heureuse chez ces gros buveurs d'apéritifs, de vins et de digestifs. Nous avons observé chez certains une véritable résurrection : perte de l'embonpoint, de l'essoufflement, disparition des sueurs abondants à l'effort, perte également du teint rubicond et reprise d'une activité physique qui avait été bien atteinte jusqu'alors par l'abus de l'alcool. Cette catégorie de prisonniers devra beaucoup à la captivité et à son régime forcé.

Et ce ne sont pas les seuls à avoir profité d'un régime momentané et obligatoire, nous avons également observé un fait extrêmement intéressant au camp d'officiers voisin chez les hypertendus, et qui

nous a fait juger de l'efficacité du régime quand il est bien suivi par ces malades : en effet une chute appréciable et durable de la tension artérielle s'est produite, sans aucun essai thérapeutique uniquement sous l'influence de l'alimentation très pauvre en matières azotées, la vie extrêmement régulière et sans fatigue d'aucune sorte a également contribué à faire baisser la tension artérielle de tous ces officiers dont la plupart avaient une activité civile assez grande.

*
**

Nous avons parlé jusqu'à présent de l'influence des fatigues, de la guerre, de la captivité, du régime sur les prisonniers de guerre au début de leur séjour dans les camps, nous avons vécu dans cette région de Moravie de juillet 1940 à avril 1941, nous sommes alors parti comme médecin dans différents Arbeits-Kommandos situés dans le Schleswig-Holstein, et sommes resté un an dans le dernier camp que nous avons vu avant notre rapatriement.

Quel était l'état de santé général de tous ces hommes, installés si l'on peut dire dans la captivité, habitués au régime, reposés des fatigues et de leurs conséquences, ayant une vie régulière et calme, et commençant pendant leur temps libre dans les camps à former des équipes sportives, des jeux physiques de toutes sortes : basket-ball, football, genre de jeu de paume, boule, gymnastique, etc... ?

Nous nous sommes alors trouvé en présence, au point de vue médical, d'hommes non plus en quelque sorte amoindris, mais d'hommes normaux, et la médecine des camps est alors devenue une médecine de camps de paix, une médecine de garnison.

Nous disposions dans l'infirmierie de ce dernier camp dont nous allons parler d'une vingtaine de lits. Le camp était installé dans un immense hall d'environ 100 mètres sur 60, et nos locaux sanitaires étaient constitués par une sorte de petite maison indépendante construite dans un des angles de cette immense verrière, 3 pièces en bas et une grande pièce en haut où se trouvait la salle de malades.

Nous étions deux médecins et ne nous occupions au début que des malades du camp, environ 1.000 à 1.200 hommes, puis peu à peu furent rattachés à notre secteur médical tous les kommandos d'importance très diverse situés aux environ plus ou moins immédiats de notre camp, si bien que l'effectif total des hommes qui dépendaient de nous s'élevait à environ 2.500 hommes. Nous ne parlerons pas des compagnies étrangères qui n'étaient que de passage au camp et qui un certain temps doublèrent ces chiffres par l'arrivée d'un convoi important de soldats russes qui nous apportèrent un gros surcroît de travail.

Le nombre des consultants étaient variables suivant les saisons, environ 150 à 160 par jour en plein

hiver, 30 ou 40 en été. Nous faisons de notre mieux pour les exemptions de travail, tâchant de concilier les désirs des employeurs et ceux des consultants qui étaient souvent opposés.

Comme nous le disions tout à l'heure, nous faisons de la médecine « de garnison », et les consultants n'étaient pour la plupart pas de grands malades : gros rhumes, gripes banales, diarrhées causées par le froid, gastralgies, maladies de peau communes à tout homme revêtu d'un uniforme militaire, qui favorise d'une façon étonnante l'apparition de nombreux furoncles ou d'ecthyma sans que nous n'ayons jamais pu savoir pourquoi... On ne peut en effet plus les mettre sur le compte de la malpropreté étant donné qu'en plus des ablutions journalières individuelles, tout le camp allait aux douches par roulement une fois par semaine; bien qu'il se soit trouvé dans la foule quelques hommes dont la propreté pouvait laisser à désirer, l'ensemble du camp était correct et propre. Nous avons eu cependant dans cette furunculose chronique et d'endémique des résultats absolument remarquables avec la vaccination antistaphylococcique qui presque toujours a stoppé la série quasi indéfinie des furoncles ou des petits anthrax.

A part les urgences constituées presque uniquement par des appendicites aiguës qui étaient opérées par des chirurgiens allemands à l'hôpital militaire, nous n'avons pas vu là de maladies graves aiguës. Un

cas nous semble mériter d'être signalé cependant. Il s'agit d'un malade pour lequel on nous appelle un dimanche dans un kommando voisin : depuis la veille, frissons et douleurs assez vives dans la région lombaire, le côté droit de l'abdomen et la cuisse droite; la température mesurée dès notre arrivée vers 5 heures de l'après-midi dépassait un peu 40°; l'examen physique du malade révèle, en plus d'un faciès anxieux, une douleur assez vive dans la région lombaire à la pression, un très léger degré de tension de l'hémi abdomen droit et une douleur accusée à la palpation au niveau de tout le triangle de Scarpa, sans empâtement. Nous laissons le malade sous la garde d'un infirmier et revenons le voir le lendemain après-midi : température du matin 39°; le soir 40° et quelques dixièmes, le faciès du malade est un peu plombé, nous pensons à un phlegmon périnéphrétique avec propagation du phlegmon dans la gaine du psoas, car ce jour la douleur du triangle de Scarpa est accentuée, avec un certain degré d'empâtement dans cette région, les téguments sont chauds et nous semblent même un peu rouges à ce niveau, pas de fluctuation; le reste, abdomen et lombes ont peu changé depuis la veille. Nous évacuons immédiatement ce malade vers le service de chirurgie de l'hôpital militaire, le malheureux meurt cachectique environ 15 jours après son admission, l'autopsie pratiquée a démontré que l'abdomen

était « plein de pus » suivant l'expression d'un infirmier allemand auprès duquel nous nous sommes renseigné. Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique était-il exact ? Nous n'avons pu le savoir, nous n'avons pu connaître ni la courbe de la température, ni la formule leucocytaire, ni aucuns des examens qui ont été pratiqués et qui ont été très nombreux paraît-il.

C'est le seul cas aussi tragique que nous ayons vu, car ce fut le seul décès survenu parmi nos 2.500 hommes durant l'année que nous avons passée au milieu d'eux.

Quelles maladies avons-nous soigné là-bas ? Des angines assez nombreuses, dont deux diphtériques, qui isolées à l'hôpital, se sont rapidement guéries, et n'ont pas été contagieuses pour les autres hommes, des rhumatismes, des otites, des gastrites qui formaient les malades les plus courants mais aussi les plus difficiles à guérir. Nous avons cependant été surpris du nombre relativement élevé d'ulcères de l'estomac, du pylor ou du duodénum que nous avons soignés, ces malades après un examen radiologique confirmant le diagnostic probable, étaient dirigés vers un autre camp en vue de leur réforme définitive et de leur rapatriement lors de la formation d'un convoi de malades. La clinique est d'ailleurs souvent impuissante à faire le diagnostic différentiel entre syndromes ulcéreux et syndromes de gastrite, et les beaux signes « d'ulcère » que l'on rencontre dans les questions de concours sont souvent

bien difficiles à trouver même isolés; pour ne parler que de l'un d'eux : la douleur existe certes, périodique même quelquefois, mais... pas toujours ! et ce qui contribue à rendre le diagnostic encore plus difficile c'est que l'on trouve des douleurs périodiques dans les gastrites simples ! Nous avons souvent vu des malades venir nous trouver à la visite, nous disant que leur médecin « dans le civil » (ce paradis perdu !) leur avait diagnostiqué un ulcère d'estomac, nous montrant même des certificats l'attestant, et qui n'avaient jamais subi d'examen radiologique... Nous avons toujours admiré la précision de diagnostic de ces confrères inconnus, mais... leur diagnostic n'a pas toujours pu être maintenu après examen radiologique ! Guérison d'ulcère ? peut-être ? les signes subjectifs étaient cependant toujours les mêmes. Mais faut-il toujours croire un militaire qui se prétend malade ? Et comme nous aurions voulu pouvoir croire et faire renvoyer en France tous les prisonniers qui prétendaient l'être !

Nous présentions au médecin allemand les cas sérieux une ou deux fois par semaine, ces malades étaient adressés aux spécialistes appropriés, qui les traitaient ou le cas échéant demandaient leur renvoi au camp d'origine pour une réforme éventuelle.

Pouvons-nous préciser en passant comment s'effectuait la « Réforme » dans notre camp ? Le triage était fait par notre confrère et par nous-même, et nous présentions au médecin allemand les malades que nous

jugions susceptibles d'être réformés, celui-ci, après examen du spécialiste intéressé, décidait si le malade ne pouvait être renvoyé en France, et dans ce cas il restait à nos soins dans le camp, ou s'il était justiciable d'une réforme, et il le faisait alors retourner à son camp qui nous en faisait part et examinait alors celement, le médecin du camp décidait ou non le retour du prisonnier de guerre en France.

En dehors de cette filière, il n'était pas possible dans notre camp d'être réformé, même les malades dont la mauvaise santé nécessitait l'envoi à l'hôpital la suivaient quand ils pouvaient voyager. Les demandes de rapatriements pour maladies faites sur l'instigation des familles par l'intermédiaire de notre ambassade étaient transmises au médecin allemand de notre camp d'origine, accompagné de son dossier, et là seuls malades; ils étaient l'objet des mêmes décisions que les autres après examen du spécialiste, il nous semble inutile de dire que rares étaient ces malades que nous ne connaissions pas et que nous avions déjà même présentés au médecin allemand quand leur santé nous les cas de réforme étaient plus limités que ne le supposait paru justiciable d'examen complémentaires, et posaient les parents de ces prisonniers.

En dehors de cette médecine courante, l'état de santé général des prisonniers de notre camp était bon, et nous croyons que les plus à plaindre à ce point de

vue étaient les malheureux édentés avec retentissement gastrique qui souffraient et n'étaient que peu soulagés par la thérapeutique toute symptomatique que nous leur administrions; nous avons essayé par tous les moyens et par toutes les voies de leur faire avoir un appareil dentaire, car plusieurs avaient un coefficient de mastication à 0 ou bien près de là: au début il leur était permis d'aller chez un dentiste civil et, en payant, d'avoir un appareil, puis le manque de matière première s'étant fait sentir, ce moyen a été supprimé. Il n'existait pas dans la région de centre de prothèse pour prisonniers de guerre, et le seul qui existât à plus de 100 kilomètres de là non seulement ne suffisait pas à toutes les demandes, mais n'était pas ouvert à la clientèle de notre camp; quand nous avons quitté l'Allemagne le problème était toujours posé, il était question devant le manque irrémédiable de matières premières d'envisager la réforme de tous ces hommes. Souhaitons que ce projet ait été étudié et réalisé, car ces hommes souffraient, ne pouvaient être continuellement exemptés de travail, maigrissaient et nous étions souvent désespéré de ne pouvoir rien faire pour eux.

Disons pour conclure que l'état de santé général était bon dans notre camp, les hommes qui au début avaient souffert, s'étaient adaptés à ce nouveau genre de vie, au point de vue matériel tout au moins, car qui peut s'habituer à ne pas vivre libre ! Le côté moral est sans contredit le plus pénible à supporter derrière

les barbelés, et malgré les efforts de certains pour distraire leur camarades : théâtre, orchestre, jeux, sports, malgré le travail de tous les jours, malgré les lettres, les colis de famille et les colis « Pétain », la condition de prisonnier de guerre est une très triste chose ! Nous souhaitons ardemment que tous nos malheureux compagnons d'infortune que nous avons quitté au bout de 26 mois de vie commune dans les camps retrouvent bientôt leur foyer, leur famille, leur Patrie, la France propre et libre.

FAIT EN CAPTIVITE

Paris. Novembre 1942.

CONCLUSIONS

Les anémies observées au début de la captivité sont des anémies simples hypochromes, dûes à quatre facteurs :

- a) Fatigue des prisonniers à leur arrivée en captivité.
- b) Adaptation au régime nouveau.
- c) Défaut d'assimilation dû aux gastro-entérites nombreuses provoquées par le froid et l'alimentation.
- d) Carence ferrique.

La pathologie du prisonnier de guerre était particulière étant donné la misère physiologique des hommes au début de la captivité : réveil de tuberculoses pulmonaires ou mêmes affections pulmonaires, affections cutanées, toutes maladies ayant un caractère plus grave que d'habitude étant donné la déficience de terrain.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la thèse :
TANON

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
